Washington State Department of Social & Health Services
DVR Division of Vocational Rehabilitation

Estado Financiero
Financial Statement

La necesidad se determinará en:	Sólo complete los artículos D1, F, y G (página 2) si usted recibe SSI, SSDI, Medicaid o Asistencia de Ingresos de DSHS.
☐ Unidad familiar ☐ Cliente	

NOMBRE DEL CLIENTE

El objetivo de este formulario es documentar su estado financiero. Su contribución al costo de su plan de rehabilitación será determinada en función a sus ingresos mensuales disponibles y a sus fondos provenientes de los bienes inmuebles y personales que deben convertirse en efectivo. Esta información será usada por la División de Rehabilitación Vocacional (DVR, por sus siglas en inglés) para calcular su capacidad de contribuir de manera financiera a los costos de su plan de rehabilitación. Este formulario será completado por usted y un representante de la DVR según la información brindada por usted, su padre, tutor u otro representante. Sus ingresos, activos y pasivos serán calculados según su unidad familiar o usted como cliente particular dependiendo de su estado civil para efectos de la declaración del impuesto federal sobre ingresos durante el último año fiscal.

A. INGRESO MENSUAL

1. Sueldos netos, propinas, y salarios (después de retenciones obligatorias)	
2. Compensación, seguros, pensiones, pensiones mensuales de fondos de inversión o dividendos.	
3. Intereses, dividendos, alquileres	
4. Mantenimiento y/o manutención para niños	
5. Otro	
A. INGRESO MENSUAL TOTAL	

B. BIENES INMUEBLES Y PERSONALES

1. Cuentas de cheques/ahorros (total) – adjunte declaración(es) mensual(es) actual(es)	
2. Vehículos motorizados - excluyendo un vehículo por miembro de la familia si se necesita el vehículo para trabajar, ir a la escuela o servicios de VR/IL; especifique a continuación:	
3. Vehículos recreacionales (botes, remolques, motocicletas, carros de colección, etc.); especifique a continuación:	
4. Bienes inmuebles y estructuras - excluyendo residencia principal	
6. Acciones, bonos, fondos de inversión, certificado de depósito, etc.; no se cuenta como ingresos mensuales (A.2. arriba)	

B. BIENES INMUEBLES Y PERSONALES (CONTINUACIÓN)

6. Herencia/donaciones	
7. Préstamos que se le deben	
8. Otra propiedad personal (valor de más de $500 por artículo), excluyendo discapacidad artículos relacionados; especifique a continuación:	
9. TOTAL DE TODAS LAS LÍNEAS DEL 1 AL 8	
10. MONTO BASE EXENTO	**$5,000.00**
B. TOTAL DE BIENES INMUEBLES Y PERSONALES (reste la línea 10 a la 9)	

B. PASIVOS MENSUALES REALES

1. Pagos de alquiler/hipoteca	
2. Impuestos sobre inmuebles	
3. Servicios públicos, teléfono, etc.	
4. Pagos de seguro; especifique a continuación:	

5. Cuenta de crédito; especifique a continuación:

ACREEDOR	TOTAL DE LA DEUDA	PAGO MENSUAL MÍNIMO

C. PASIVOS MENSUALES REALES (CONTINUACIÓN)

6. Pagos de préstamos; especifique a continuación:

ACREEDOR	TIPO DE PRÉSTAMO	TOTAL DE LA DEUDA	PAGO MENSUAL MÍNIMO

7. Gastos médicos; especifique a continuación:

ACREEDOR	TOTAL DE LA DEUDA	PAGO MENSUAL MÍNIMO

8. Gastos actuales relacionados a la discapacidad (por ejem. asistente, terapia, prescripciones, equipo, etc.)	
9. Gastos por transporte	
10. Licencia(s) de vehículo(s)	
11. Alimentación	
12. Vestido	
13. Otro; especifique a continuación:	
C. PASIVOS MENSUALES REALES	

D. ASISTENCIA DE INGRESOS/SSI/VERIFICACIÓN DE MEDICAID/EXENCIÓN DE ESTADOS DE CUENTA (COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA DVR)

1. He verificado que el cliente está recibiendo asistencia de ingresos de DSHS, SSI, SSDI o Medicaid y he adjuntado la documentación correcta al estado financiero y prescindido de los requerimientos de estados de cuenta.	INICIALES DEL VRC
2. He prescindido del requerimiento del estado de cuenta.	INICIALES DEL VRC

E. CÁLCULO DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES A SU PLAN DE REHABILITACIÓN (CALCULADO POR EL PERSONAL DE LA DVR)

1. Ingreso mensual total (de la Sección A)	**A**	
2. Total de bienes inmuebles y personales (Sección B) dividido por el número de meses en el plan, es igual a los bienes mensuales disponibles para contribuir al plan.	**+ B**	
3. Recursos mensuales totales (Línea 1 más Línea 2 arriba)	**TOTAL**	
4. Pasivos mensuales reales totales (de la Sección C)	**- C**	
5. Fondos disponibles para los programas de rehabilitación (reste la Línea 4 a la Línea 3)	**TOTAL**	

Si los fondos disponibles para los programas de rehabilitación anteriormente mencionados (artículo 5) son mayores a cero, este monto y servicios serán documentados en el plan de rehabilitación del participante (en las secciones identificadas como "costos asociados con el plan").

F. DECLARACIÓN DEL CLIENTE

Entiendo por ley que si yo brindo verificación de que recibo SSI, SSDI, Medicaid o asistencia de ingresos DSHS, no es necesario que pague ninguna porción de los servicios de VR. Yo puedo escoger pagar por algunos de los servicios si deseo pero no estoy obligado a hacerlo.

Entiendo que esta información es confidencial y sólo es usada para ejecutar mi plan de rehabilitación según el Código Administrativo de Washington (WAC, por sus siglas en ingles) 388-891.

Juro bajo pena de perjurio que toda la información brindada y presentada en este formulario es verdadera y constituye una divulgación completa de mis ingresos, activos y pasivos. Entiendo mi responsabilidad para el inmediato informe a la DVR de cualquier cambio en mi estado financiero. También comprendo que la DVR puede negar o suspender los servicios si esta información brindada por mí resulte ser inexacta o estar incompleta. Una copia de mis ahorros actuales y el/los estado(s) de cuenta han sido brindadas o prescindidas. Proporcionaré otra documentación de mis estados financieros, si se solicita. También comprendo que el requerimiento de la DVR para documentar mi contribución al costo de mi plan de rehabilitación según mi estado financiero.

FIRMA DEL CLIENTE FECHA

G. DECLARACIÓN DEL CLIENTE

He completado correctamente este formulario según la información brindada por el cliente, padre, tutor u otro representante. He informado al cliente, padre, tutor u otro representante del propósito de este formulario, su responsabilidad para informar inmediatamente cualquier cambio en su estado financiero y cumplir con cualquier solicitud de la DVR para proporcionar documentación adicional de su estado financiero. También he informado al cliente, padre, tutor u otro representante de la solicitud de la DVR para documentar su contribución al costo del plan de rehabilitación del cliente según su estado financiero.

FIRMA DEL CLIENTE FECHA